

REGISTRO DE KARDEX DE ENFERMERÍA

SERVICIO / UNIDAD:	CAMA : N°
--------------------	-----------

APELLIDOS Y NOMBRES :				EDAD:	SEXO: F () M ()	PESO:	TALLA:	HIST. CLÍNICA / DNI:	
DIAGNÓSTICO MÉDICO:								FECHA INGRESO: / / 20	
DIAGNÓSTICO POST QUIRURGICO:								HORA DE INGRESO:	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA:								TIPO DE SEGURO:	
ANTECEDENTES PERSONALES Y/O FAMILIARES:						ALERGIAS:		INDIGENTE () SOAT () EsSALUD ()	
INGRESO: PROGRAMADO () EMERGENCIA () HOSPITALIZACION () AMBULATORIA () REFERERIDO ()						GRUPO Y FACTOR:		PAGANTE () SIS ()	
RIESGOS:		CAIDA: () FLEBITIS: () EMB. PULM: () LPP: () TVP: () RAM: () FUGA: () SUICIDIO: ()				GRADO DE DEPENDENCIA: I () II () III () IV ()		N° CELULAR DE FAMILIAR:	
MEDICACIÓN, PRESENTACIÓN Y OTROS		DIAS HOSPITALIZADOS							
		DOSIS	VIA	FECHA FRECUENCIA					
INFUSIONES									
ANTIBIOTICOS y OTROS									
OTROS MEDICAMENTOS	NEBULIZACIÓN / INHALADOR DOSIS:								
OXIGENOTERAPIA:	CBN ()	MASCARA DE O2 ()	FI O2 / Lt. X min.						
	M. VENTURI ()	M. RESERVORIO ()	CAF ()						
DIETA INDICADA (1) DESCRIBA :									
NPO (2)									
FISIOTERAPIA RESPIRATORIA:									
CFV () OSA () BHE ()									
CONTROL DE GLUCEMIA (HGT mg / dl)									
CORRECCIONES SEGÚN ESCALA MOVIL									
ASPIRACION DE SECRECIONES () CUIDADOS: TOT () TQT ()									
CURACIONES: CVC () PICC () LPP () OSTOMIA () COLOSTOMIA ()									
OTROS ()									
FIRMA Y SELLO DEL ENFERMERO RESPONSABLE				D					
				N					